



NYS Office of Addiction Services and Supports
Autorisation de divulgation d'informations de santé comportementale

Form with fields: Nom du/de la patient(e), Date de naissance, Numéro d'identification du/de la patient(e), Adresse du/de la patient(e)

Je demande, ou mon/ma représentant(e) autorisé(e) demande, que les informations concernant mes soins et mon traitement puissent être divulguées et échangées comme établies sur ce formulaire. Je comprends que :

1. Cette autorisation peut inclure la divulgation de toutes mes informations de santé, y compris, le cas échéant, mon numéro fédéral de Sécurité sociale (à des fins de comparaison de dossiers uniquement), toute information relative au TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE et toute information RELATIVE AU VIH/SIDA. Dans le cas où les informations de santé décrites ci-dessous comprennent l'un de ces types d'informations, j'autorise spécifiquement la divulgation de ces informations au Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York (New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS).

- Si vous parapez cette ligne, les informations relatives au VIH/SIDA peuvent également être communiquées à l'OASAS. Vous n'êtes pas obligé(e) de paraper cette ligne.
Si vous parapez cette ligne, votre numéro de Sécurité sociale peut également être communiqué à l'OASAS. Vous n'êtes pas obligé(e) de paraper cette ligne.

2. À quelques exceptions près, les informations sur la santé qui ont été divulguées peuvent être divulguées à nouveau par l'entité qui les reçoit. Si j'autorise la divulgation de mon numéro fédéral de Sécurité sociale, de mon traitement contre le VIH/SIDA, l'alcoolisme ou la toxicomanie, il est interdit à l'entité destinataire de redivulguer ces informations ou d'utiliser les informations divulguées à des fins autres que celles indiquées par la présente autorisation sans mon autorisation supplémentaire, sauf si la loi fédérale ou d'État le permet. Dans le cas où je serais victime de discrimination suite à la communication d'informations relatives au VIH/SIDA, je peux m'adresser à la Division des droits de l'homme de l'État de New York (New York State Division of Human Rights) au 1 888 392 3644. Cette agence est responsable de la protection de mes droits.

3. J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en adressant une lettre au prestataire indiqué ci-dessous à la section 5. Je comprends que je peux révoquer la présente autorisation, sauf pour les mesures qui ont déjà été prises sur la base de cette autorisation.

4. La signature de la présente autorisation est volontaire. Je comprends que, d'une manière générale, mon traitement médical, le paiement de mes soins de santé, ma souscription à un régime d'assurance ou mes droits à des avantages en matière de soins de santé ne seront pas subordonnés à cette autorisation. Je comprends toutefois que, dans certaines circonstances, un traitement peut m'être refusé si je ne signe pas cette autorisation.

5. Nom et adresse du prestataire ou de l'entité qui communique et échange ces informations :
6. Nom et adresse des entités auxquelles ces informations seront divulguées et échangées :
NYS Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203
J'autorise l'entité susmentionnée à informer le Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York (OASAS) de mon inscription à ce programme de traitement afin que la qualité des services que je reçois puisse être évaluée. Je consens également à toutes les communications nécessaires entre cet établissement et l'OASAS concernant mes antécédents de traitement contre l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie, les services de traitement actuels et proposés.
7. Le but de cette divulgation est de se conformer à la mise en œuvre de l'initiative de refonte du programme Medicaid de l'État de New York et de se conformer aux exigences fédérales obligatoires en matière de rapports. En acceptant les informations abordées dans le présent consentement dans le système de données des clients de NYS OASAS, NYS OASAS reconnaît que ces informations ne peuvent pas être divulguées à nouveau conformément au Titre 42 du code des règlements fédéraux (Code of Federal Regulations, C.F.R.), paragraphe 2.32 - Prohibition de la redivulgation.
8. Les informations sur ma santé peuvent être divulguées pendant une période de trois (3) ans à compter de la dernière date de service, ou jusqu'à ce qu'elles soient révoquées.
9. Nom du signataire, s'il ne s'agit pas du patient/de la patiente :
10. Personne autorisée à signer au nom du patient :

Toutes les sections de ce formulaire ont été remplies, j'ai obtenu les réponses à mes questions et une copie de ce formulaire.

SIGNATURE DU/DE LA PATIENT(E) OU DU/DE LA REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E) PAR LA LOI DATE

Déclaration/Signature du témoin : j'ai été témoin de l'exécution de cette autorisation, et déclare qu'une copie de l'autorisation signée a été remise au patient ou à son/sa représentant(e) autorisé(e).

NOM ET TITRE DU MEMBRE DU PERSONNEL SIGNATURE DATE

Les informations relatives aux traitements de cures de désintoxication à l'alcool ou aux drogues, communiquées par le biais de ce formulaire, doivent être accompagnées des déclarations requises concernant l'interdiction de les transférer à un autre destinataire.